DE

L'AUTOPLASTIE

N° 136.

8.

ET DE

SES DIFFÉRENTES ESPÈCES.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 17 NOVEMBRE 1838,

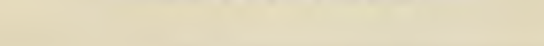
PAR

Amadou (Hippolyte-Jérôme),

de Tarbes (HAUTES-PYRÉNÉES);

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.

> On peut exiger beaucoup de celui qui devient auteur pour acquérir de la gloire ou par un motif d'intérêt. Mais celui qui n'écrit que pour satisfaire à un devoir dont il ne peut se dispenser, à une obligation qui lui est imposée, a sans doute de grands droits à l'indulgence de ses lecteurs.
>
> LA BRUYÈRE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET.	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, Président.	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL, Suppléant.	*Chimie médicale et Pharmacie.*
DUBRUEIL.	*Anatomie.*
DELMAS.	*Accouchements.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et Matière médicale.*
RIBES.	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BÉRARD.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
RISUENO D'AMADOR.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*
ESTOR, Examinateur.	*Opérations et Appareils.*
....	*Pathologie externe.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
BERTIN, Suppléant.
BATIGNE.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.

MM. JAUMES.
POUJOL.
TRINQUIER, Examinateur.
LESCELLIER-LAFOSSE.
FRANC, Examinateur.
JALAGUIER.
BORIES.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

&

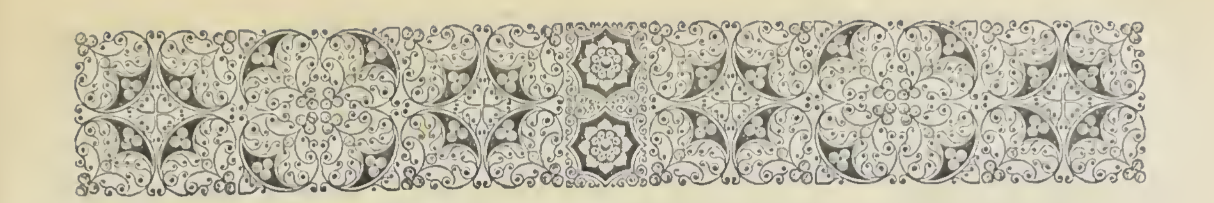
A MA MÈRE.

Faible témoignage de ma tendresse filiale et de ma sincère reconnaissance pour tous les sacrifices qu'ils ont faits pour mon éducation.

A MES SŒURS.

Amitié sans bornes.

H.-J. AMADOU.



DE
L'AUTOPLASTIE
ET DE
SES DIFFÉRENTES ESPÈCES.

L'AUTOPLASTIE, ou mieux anaplastie, est l'art de réparer une perte de substance au moyen d'un emprunt fait à une partie du même individu, ou bien à une partie d'un autre individu, mais réparation qui simule toujours plus ou moins la partie absente.

Il faut bien se garder de la confondre avec cette opération qui consiste dans le rapprochement de deux parties accidentellement réparées sans perte de substance, que l'on tient réunies au moyen de la suture, et que, la considérant d'une manière générale, on pourrait appeler autoraphie.

Le but de l'autoplastie est de suppléer aux parties absentes, ou

plutôt de les remplacer par des parties nouvelles; elle est éminemment réparatrice, et en cela elle l'emporte sur la plupart des autres opérations. Les premiers chirurgiens qui l'employèrent, varièrent peu ses espèces : ils ne la mirent en pratique que dans les cas de perte de substance du nez; on ne tarda pas à l'employer dans tous les cas de perte de substance de la face ; et, de nos jours , on l'a étendue aux pertes de substance de quelques autres parties de notre corps.

Il serait bien difficile, pour ne pas dire impossible, de déterminer l'époque à laquelle cette opération fut pratiquée pour la première fois ; on peut cependant hardiment avancer qu'elle a dû être connue de la plus haute antiquité : tout ce qu'on peut assurer, c'est qu'elle a pris naissance dans l'Inde. L'habitude qu'on avait, dans ce pays, de punir les criminels en leur coupant le nez, explique très-bien les opérations qu'on y a tentées à cet égard, d'autant mieux que la loi les autorisait à faire effacer cette difformité par des moyens tout autres que par la réapplication de la partie séparée, parce qu'on en retirait trop d'avantages. Plus tard, les Italiens l'exploitèrent avec succès en employant toutefois une méthode bien différente; et maintenant on la pratique à peu près partout.

Trois méthodes ont été mises en usage dans la pratique de l'autoplastie : la méthode indienne, la méthode italienne et la méthode française.

La méthode indienne consiste à prendre un lambeau dans le voisinage de la partie que l'on doit restaurer, et à le tordre sur son pédicule, selon son axe. Cette méthode a de grands avantages : elle donne la faculté de pouvoir tailler le lambeau de manière à ce qu'il contienne un gros vaisseau ; M. Blandin nous a appris combien cela était utile pour qu'il ne se gangrenât pas. Cette méthode permet aussi de faire l'emprunt dans le point où la difformité sera le moins apparente; et, de plus, l'on peut éviter les cicatrices s'il en existe, ce qui est encore un avantage, car on sait que le tissu de nouvelle formation est beaucoup moins vasculaire que la peau, et par consé-

quent moins susceptible de vivre si on le sépare de la partie sur laquelle il s'est développé.

Je ne parlerai pas de la méthode indienne par transplantation d'un individu à un autre, de la partie qu'on veut reproduire : cela rentre dans l'autoraphie, et l'on sait que je la distingue de l'autoplastie. Je ne parlerai pas non plus de la transplantation d'un lambeau pris à la fesse, parce que, malgré l'autorité de ceux qui ont parlé de ce genre d'autoplastie, je crois qu'il est impossible que ce lambeau, porté à la face, puisse y contracter adhérence. Cette région, très-pourvue en tissu cellulaire, l'est peu en vaisseaux sanguins, et je ne pense pas que quelques coups de pantoufles puissent y en développer.

Dans la méthode indienne, on emprunte le lambeau à une partie éloignée du lieu où l'on doit l'implanter, et l'on ne coupe le pédicule que lorsque le lambeau a acquis assez de vitalité pour pouvoir subsister séparé de la partie sur laquelle on l'a pris. La région du corps que l'on a choisie comme se prêtant le mieux à cette opération, est une des régions d'un membre thoracique.

La méthode française est celle dans laquelle, comme dans la méthode indienne, on fait l'emprunt aux parties voisines, mais le lambeau, dont un des bords fait nécessairement partie de la solution de continuité, au lieu d'être adhérent par sa partie la plus rapprochée de la surface à restaurer, l'est par sa partie la plus éloignée ; de sorte qu'après l'avoir disséqué, on n'a qu'à l'attirer vers la partie qu'il doit recouvrir.

Ces méthodes n'ont pas une égale valeur : contradictoirement à l'opinion de M. Velpeau, je crois que la méthode italienne est la moins avantageuse ; tout le monde sait que la peau du bras a moins de vitalité que celle de la face, par conséquent le lambeau tombera plus facilement en gangrène ; et de plus, la position que le malade est obligé de conserver étant très-fatigante, quelquefois même impossible, surtout par un temps chaud, si on ne l'observe attentivement, il exécutera des mouvements qui amèneront le relâchement

des parties. La méthode indienne a aussi ses inconvénients : si elle détruit une difformité, ce n'est qu'en en produisant une autre ; mais il faut avouer que celle qu'elle produit n'est rien en comparaison de celle qu'elle efface, et, comme je l'ai déjà dit, elle offre un avantage que n'ont pas les autres : c'est de pouvoir choisir le lieu voisin où l'on veut tailler le lambeau. La méthode française, si, comme la précédente, elle était applicable dans tous les cas, serait celle qui offrirait le plus d'avantages ; comme, pour qu'elle soit admissible, il faut que la surface à restaurer n'ait pas trop d'étendue, et que le lambeau jouisse d'une certaine laxité, circonstances que l'on est loin de toujours rencontrer, on doit assez souvent lui préférer la méthode indienne.

Toutes les régions du corps ne se prêtent pas à l'autoplastie avec une égale facilité ; les circonstances anatomiques les plus propres à assurer le succès de l'opération sont une grande vascularité et une certaine mobilité du lambeau ; il faut aussi, autant que possible, qu'il soit doublé d'une aponévrose : cette circonstance est très-favorable à l'opération, parce qu'alors on peut calculer, à peu de chose près, la rétraction que le lambeau subira.

Il y a encore, pour certaines autoplasties, une circonstance anatomique dont il ne faut pas négliger de faire usage toutes les fois qu'on le peut, et l'occasion s'en présente surtout pour la cheiloplastie. M. Serre, de Montpellier, qui en a parlé un des premiers, en retire un grand avantage ; j'en citerai plus loin un exemple : cette circonstance anatomique est l'emploi de la membrane muqueuse.

Le chirurgien qui se propose de faire l'autoplastie, ne doit pas avoir d'idées préconçues sur la forme qu'il donnera à son lambeau ; il doit toujours le tailler de manière à ce qu'il s'adapte aussi bien que possible à la perte de substance qu'il est destiné à remplacer : cependant il faut éviter de lui donner une forme ronde, parce que la guérison de la plaie, qui résulterait de l'emprunt, serait très-difficile à guérir, ou bien la cicatrice serait très-difforme ; il faut

encore éviter de le tailler à angles trop aigus ; il est d'observation que ceux-ci tombent très-facilement en gangrène.

Si le chirurgien ne peut se faire une règle pour la forme qu'il doit donner au lambeau, il n'en est pas de même quant aux dimensions. Il doit toujours avoir présent à la mémoire qu'il faut que le lambeau soit un tiers plus grand que la surface à restaurer ; cependant cette règle générale souffre des exceptions, car, comme je l'ai dit en parlant des circonstances anatomiques favorables à l'autoplastie, s'il est doublé d'une aponévrose, ou qu'il puisse l'être avec une membrane muqueuse, la rétraction qu'il subira devant être moins considérable, il s'ensuit qu'on peut lui donner un peu moins d'étendue.

Il en est de même de l'épaisseur ; le chirurgien doit savoir que le lambeau ne doit pas être réduit aux seuls téguments, puisque les vaisseaux les pénétrant à peu près perpendiculairement, seraient inévitablement divisés, et dès lors la vie en serait tout-à-fait impossible. C'est, je crois, pour avoir manqué à ces règles, qu'un habile chirurgien, qui, du reste, a pratiqué ce genre d'opérations plusieurs fois et avec un plein succès, a eu le désagrément de voir tomber en gangrène un lambeau qu'il avait emprunté au cou pour recouvrir une perte de substance de la face qui résultait de l'ablation d'une tumeur cancéreuse. Celui qui fait le sujet de cette observation était un homme de 30 à 35 ans, bien constitué et ayant supporté l'opération avec un grand courage : le cancer, très-étendu en surface, l'était peu en profondeur. Toute la partie malade put être enlevée ; par deux incisions, on limita un lambeau de deux pouces et demi de longueur et d'un pouce de largeur, et après l'avoir disséqué, on le rapporta, par la méthode française, sur la plaie qui résultait de l'ablation de la tumeur cancéreuse ; comme il se trouvait un peu court, il fallut opérer un grand tiraillement pour lui faire recouvrir toute la surface à restaurer ; il fut maintenu en place par quelques points de suture : quatre jours après l'opération, il s'était

gangrené. Le chirurgien pense que, dans ce cas, la gangrène doit être attribuée à l'étroitesse du lambeau et à la trop grande étendue de la plaie ; il croit que, dans des cas semblables, on doit profiter du conseil de Taliacot qui voulait que, lorsqu'on empruntait le lambeau à une partie du corps peu pourvue en vaisseaux sanguins, on attendît, pour en tenter l'agglutination, qu'il s'y en fût développé, ce que l'on reconnaissait à l'épaisseur qu'il acquérait. Quoique la face soit très-vasculaire, dans le cas dont il s'agit, le grand nombre de ligatures qu'on avait été obligé de faire (celle de l'artère faciale entre autres), l'étroitesse du lambeau, la compression qu'il éprouvait et qui était due au tiraillement, faisait rentrer cette partie dans la classe de celles peu pourvues en vaisseaux sanguins, et je pense que des bandelettes, mises pour soutenir le lambeau, afin d'éviter les déchirures qu'auraient pu occasionner les points de suture, exerçant de la compression sur l'os maxillaire inférieur, ont dû également s'opposer au libre cours du sang, et avoir quelque part à la gangrène.

Dès que le chirurgien, qui a une opération d'autoplastie à faire, a arrêté la méthode qu'il veut employer et le lieu auquel il se propose de faire l'emprunt, il doit s'occuper de la surface à restaurer. Si la solution de continuité est récente, il n'a qu'à tailler le lambeau ; si elle date d'un certain temps, les bords en seront cicatrisés, et alors il doit les aviver. Bien qu'à la seule vue de cette surface il reconnaisse la forme qu'il doit donner au lambeau, il ne faut pas cependant qu'il le taille avant d'avoir avivé les bords de la solution, parce que, s'il n'agissait de cette manière, par le retrait qu'éprouveront les parties, il serait exposé à l'avoir taillé trop petit.

Le lambeau taillé, il ne s'agit plus que de déterminer l'époque à laquelle on doit en tenter l'agglutination, et, d'après les succès que j'ai vu retirer de la réunion immédiate, je n'hésite pas pour conseiller de l'adopter comme règle générale. Il peut arriver qu'elle ne réussisse : cela dépend alors de circonstances particulières qui

constituent les exceptions de la règle. Une chose qui, jusqu'à un certain point, peut y mettre obstacle, est la présence des ligatures que l'on a été obligé d'appliquer pour arrêter l'écoulement du sang, et surtout lorsqu'elles sont en grand nombre; je pense que la simple torsion des vaisseaux conviendrait davantage. Cela m'amène à dire que je partage l'opinion de ceux qui veulent qu'on étanche le sang jusqu'à la dernière goutte; car si les ligatures peuvent agir comme corps étranger, qu'en sera-t-il du sang s'il se réunit en caillots?

Les moyens d'assurer l'immobilité du lambeau dans le lieu qu'il doit occuper sont la suture et les bandelettes agglutinatives : ces deux moyens ont chacun leurs inconvénients et leurs avantages ; la suture expose, il est vrai, les téguments à se déchirer dans le lieu où elle est appliquée, mais aussi elle a l'avantage de n'exercer par elle-même aucune espèce de compression, de ne produire une irritation primitive que dans un espace très-circonscrit, et, de plus, elle maintient dans un rapport plus intime les parties que l'on a mises en contact : c'est le moyen dont on fait le plus souvent usage dans l'hôpital St-Éloi de Montpellier; je ne l'ai jamais vu s'accompagner de ce que l'on craint tant dans les hôpitaux de Paris : d'érysypèle. Les bandelettes agglutinatives n'exposent pas le lambeau aux déchirures, ce qui est assez avantageux, puisque, si cela arrivait, il faudrait plus de temps pour la guérison, et la surface restaurée serait couverte d'une foule de cicatrices; mais aussi, comme elles portent sur une grande surface, l'irritation qu'elles produisent est très-étendue et dégénère plus souvent en érysipèle que celle produite par la suture : elles ont encore un autre inconvénient, c'est de ne pas s'opposer au recoquillement du lambeau ; ou bien, si elles s'y opposent, ce n'est qu'en exerçant sur lui une certaine compression qui n'est pas sans danger, surtout lorsqu'elle porte sur un corps dur. La suture l'emporte encore sur les agglutinatifs, en ce qu'elle est applicable dans tous les cas. Il y a moyen, jusqu'à un certain point, d'éviter la déchirure du lambeau dans le lieu où elle

est appliquée : pour cela il s'agit de savoir que quatre à cinq jours, six au plus suffisent pour qu'une réunion plus ou moins solide se soit opérée si elle doit avoir lieu par première intention ; c'est vers cette même époque que l'inflammation est parvenue à ce degré qui rend plus facile la déchirure des téguments ; aussi, en enlevant alors les points de suture, on évite assurément la déchirure. Chez les enfants, la marche de l'inflammation étant plus rapide, il faut les enlever plus tôt.

Il est bon, pour que l'autoplastie réussisse, d'enlever tout ce qui peut nuire à son succès : pour n'en citer qu'un exemple, je parlerai d'un cas observé par M. Lallemand, de Montpellier, cas dans lequel une dent canine, dirigée en avant et en dehors, détermina d'abord la gangrène d'une partie du lambeau, et causa ensuite plusieurs fois la séparation des parties réunies ; ce ne fut qu'après l'ablation de cette dent que l'opération réussit.

Le lambeau, quand on ne pratique pas l'autoplastie par transplantation, reste adhérent par un point au reste du corps ; c'est ce point qu'on est convenu d'appeler pédicule. Quelquefois il est très-étroit, et d'autres fois il est très-large ; cette dernière circonstance est en faveur de sa vitalité. Il s'élève une question au sujet de ce pédicule : quand le lambeau a acquis, qu'on me passe l'expression, droit de domicile, faut-il ou non en faire la section ? Les uns ont répondu à cette question par l'affirmative, les autres par la négative, et chacune de ces opinions compte pour défenseurs des chirurgiens d'un grand mérite : M. Dieffenbach la conseille ; en se conduisant de cette manière, il prétend diminuer les difformités de la partie restaurée. M. Blandin, au contraire, trouve un avantage à conserver le pédicule ; c'est au sujet de la rhinoplastie qu'il en fait l'observation : quand on coupe le pédicule, dit-il, le nouveau nez n'a plus de soutien par en haut ; il s'affaisse vers la pointe, s'arrondit, ressemble beaucoup plus à une tumeur informe qu'à un nez véritable ; sa peau, nourrie seulement par les vaisseaux capillaires de la cicatrice, reste

pâle et froide, et contraste, sous ce double rapport, d'une manière fâcheuse avec celle des autres parties de la figure. Lorsque, au contraire, le pédicule du lambeau est collé sur les parties sous-jacentes, le nez nouveau, bien soutenu par en haut, ne s'affaisse pas, ne s'arrondit jamais comme dans le cas précédent ; son dos se continue avec le front ; le froncement qui résultait de la torsion du pédicule disparaît ; le nez présente la même couleur, la même chaleur que les autres parties de la figure, et la difformité est corrigée de la manière la plus satisfaisante. Il faut le dire, les chirurgiens s'accordent assez pour reconnaître la nécessité de conserver le pédicule ; s'il forme un pont et que ce pont soit étroit, ils font au-dessous de lui une incision dans laquelle ils l'enchâssent après avoir avivé ses bords ; s'il est trop large, ils opèrent une perte de substance qu'il est appelé à remplacer.

On ne peut pas assigner les cas dans lesquels l'autoplastie est applicable; mais, en thèse générale, on peut dire qu'elle l'est toutes les fois qu'y ayant perte de substance, il s'agit de remédier à certains vices de conformation.

Les cas dans lesquels on l'a appliquée jusqu'à ce jour sont assez nombreux ; l'avantage qu'on a retiré de ce genre d'opérations est confirmé par un assez bon nombre d'observations ; la vogue dont elle jouit dans ce moment montre toute l'importance qu'on y attache, et l'étude particulière qu'on en fait porte à penser que la sphère de son application ne peut manquer de s'étendre. Les espèces que l'on connaît sont : la rhinoplastie, la blépharoplastie, l'otoplastie, la cheiloplastie, la génioplastie, la staphyloplastie, l'uranoplastie, la bronchoplastie, l'oschéoplastie, l'uréthroplastie, la cystoplastie, l'entéroplastie et l'autoplastie qui a pour but la cure radicale des hernies.

1° La rhinoplastie est l'autoplastie nasale ; c'est pour elle que toutes les méthodes ont été imaginées, et celle qui s'y applique le mieux est sans contredit la méthode indienne, surtout lorsque la perte

de substance est très-considérable. Cette méthode comprend cinq procédés :

a. Le procédé des brames consiste à modeler la perte de substance avec une lame de cire contournée en demi-cône de manière à lui donner la forme d'un nez, à tailler sur la peau du front un lambeau qui ait la figure de cette lame de cire aplatie et dont la pointe serait en bas. On doit ensuite aviver la perte de substance, faire une incision autour des ailes du nez et de la lèvre supérieure : on enchâsse dans cette incision les bords du lambeau abaissé par un mouvement de demi-rotation, la surface saignante en dedans. On le maintient en place au moyen d'un appareil convenable et qu'on ne lève que le quatrième jour ; le dixième, on introduit des tampons de toile fine ou de charpie dans les narines pour les tenir dilatées, et vers le vingt-cinquième jour, les adhérences étant solides, on coupe le pédicule et on excise tout ce qui pourrait rendre le nez difforme.

b. Le procédé de M. Grœfe diffère du précédent en ce que, pour maintenir le lambeau réuni, ce chirurgien emploie la suture, et qu'il le comprime latéralement pour lui donner davantage la forme naturelle.

c. Delpech, au lieu de donner au lambeau la figure de la perte de substance, lui donnait celle d'un as de pique ; il en arrondissait ensuite les pointes. En procédant de cette manière, il avait pour but de rendre plus facile la cicatrisation de la plaie du front.

d. M. Lisfranc, pour éviter la torsion du pédicule, prolonge très-loin l'incision du côté gauche ; il dirige ensuite le lambeau en bas en lui faisant exécuter un mouvement de rotation, mais il ne réunit pas la sous-cloison, afin de pouvoir retirer la charpie qu'il met au-dessous du lambeau, et qui sert de moule au nouveau nez.

e. M. Blandin, quoiqu'il se serve de charpie pour tenir le nez dilaté, réunit néanmoins, dès le premier jour, la sous-cloison avec la lèvre supérieure. De plus, il conserve le pédicule, enlève, après

un certain temps, la portion de peau qui se trouve sous le pont qu'il forme, et après l'avoir avivé, il le colle sur les os.

2° La blépharoplastie a pour objet la réparation des paupières en tout ou en partie. Si le chirurgien a à pratiquer l'opération pour la perte seule des téguments, il peut se promettre du succès, comme on va le voir par l'observation suivante; il ne peut pas s'en promettre autant s'il doit réparer toute l'épaisseur de la paupière.

Observation. — Une jeune fille âgée de dix ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, peu développée pour son âge, entra à la Pitié, dans le courant de l'année 1835, pour s'y faire traiter d'une ophthalmie très-intense. Elle avait eu pendant son enfance beaucoup de tumeurs scrofuleuses dont quelques-unes s'étaient abcédées; six mois avant son entrée à l'hôpital, une de ces tumeurs avait apparu à la base de la paupière inférieure de l'œil droit; elle était du nombre de celles qui s'étaient abcédées, et la cicatrisation de l'abcès avait amené le renversement de la paupière en dehors. Depuis cette époque, cette enfant était continuellement affectée d'ophthalmie, et les larmes ne cessaient de s'écouler au-devant de la joue. M. Blandin pensa qu'il ne pouvait guérir la malade qu'en la débarrassant du vice de conformation qu'elle portait; et comme la paupière inférieure avait éprouvé une perte de substance, il dut songer au moyen de la réparer: pour cela, il fit une incision dans toute la longueur de la cicatrice vicieuse et au niveau du rebord orbitaire; il emprunta ensuite un lambeau à la tempe; par un mouvement de torsion, il vint le placer entre les lèvres de la plaie, et le maintint dans cette place avec des bandelettes agglutinatives. Dix jours après l'opération, l'adhésion du lambeau était parfaite, l'ophthalmie avait totalement disparu, et à une légère difformité près que présentait l'angle interne de la paupière, et qu'on aurait peut-être évitée si l'on eût employé un point de suture, la malade avait retiré de l'opération tout l'avantage qu'on était en droit d'en attendre.

3° L'otoplastie consiste dans l'art de raccoutrer le pavillon de

l'oreille : c'est une opération qui ne peut être pratiquée que lorsqu'une partie de ce pavillon existe encore.

4° Dans la cheiloplastie, on s'occupe de la restauration des lèvres : cette opération est de la plus haute importance, et doit être pratiquée sans retard, surtout si la perte de substance est considérable, parce que, par le contact de l'air, les dents sont exposées à s'altérer de diverses manières et à tomber avant le temps, ou bien encore la traction des parties molles peut leur faire prendre une direction telle qu'elles s'opposeraient au succès de l'opération, si l'on n'en faisait préalablement l'extraction. Mais une raison qui doit, bien plus que les précédentes, décider le chirurgien à opérer le plus tôt possible, c'est que la salive coulant involontairement au dehors, irrite les parties voisines; et, par son écoulement trop long-temps prolongé, la vie du malade pourrait être compromise.

Toutes les méthodes lui ont été appliquées; celle dont on paraît avoir retiré le plus d'avantages est la méthode française; elle renferme six procédés :

a. Le procédé ancien dont je ne parlerai pas, parce qu'il ne diffère en rien de l'opération du bec-de-lièvre. Il n'est applicable que lorsque la perte de substance est peu considérable.

b. Le procédé de Chopart consiste à borner par deux incisions verticales un lambeau quadrangulaire, à le disséquer en ayant soin de lui conserver toute l'épaisseur possible, sans cependant trop racler le périoste; à prolonger la dissection aussi loin qu'on le juge convenable pour avoir un lambeau qui puisse réparer la perte de substance.

c. Le procédé de M. Roux de St-Maximin diffère du précédent en ce que, au lieu de tailler un lambeau, on dissèque les téguments voisins, et on les remonte jusqu'au niveau de la lèvre supérieure, en leur faisant emboîter le devant de la mâchoire.

d. Le procédé de M. Roux est basé sur la possibilité de transporter, par des dissections et des greffements successifs, un lambeau dans un point même très-éloigné de celui où on l'a emprunté. Ce

professeur l'a mis en pratique dans un cas de cheilo-généioplastie : c'était la lèvre supérieure qui avait éprouvé la perte de substance, et le lambeau qui devait la réparer fut emprunté à la lèvre inférieure.

e. Le procédé de M. Lisfranc n'est qu'une modification au procédé de M. Roux de St-Maximin : il consiste à opérer une perte de substance en forme de croissant, et dont la convexité soit inférieure ; du milieu du bord convexe de cette perte de substance, on mène une incision perpendiculaire sur l'os hyoïde, on dissèque les téguments de la ligne médiane vers les côtés et de haut en bas, on remonte ensuite les lambeaux au-devant de la mâchoire, et on les maintient affrontés au moyen de la suture.

f. M. Serre, de Montpellier, dans une opération de cheiloplastie que je lui ai vu pratiquer, a procédé d'une manière bien différente.

Observation. — Une femme, âgée d'environ 45 ans, portait depuis long-temps un cancer au côté gauche de la lèvre inférieure ; ce cancer embrassait toute l'épaisseur de la moitié de cette lèvre, et descendait presque jusqu'au bord inférieur de l'os maxillaire. M. Serre cerna le mal par deux incisions en V, enleva toute la partie malade, et pour réparer cette perte de substance, ce chirurgien mena de la commissure gauche au muscle masséter une incision qui comprenait toute l'épaisseur de la joue ; il détruisit les adhérences que celle-ci a avec l'os maxillaire inférieur. Comme le lambeau n'avait pas encore assez de laxité pour être rapproché de la moitié de lèvre qui restait, et sachant combien peu la membrane muqueuse jouit de cette propriété, il fit sur elle ce que Celse conseillait pour la peau : des incisions en différents sens ; dès lors les deux bords de la perte de substance purent être affrontés, comme dans l'opération du bec-de-lièvre, et M. Serre ayant un peu disséqué la membrane muqueuse, s'en servit pour recouvrir la portion de joue qui devait constituer le bord libre de la nouvelle lèvre : l'opération eut un plein succès.

5° La généioplastie est l'autoplastie des joues. Je ne sache pas qu'on

ait pratiqué cette opération avec succès d'après la méthode italienne; la méthode indienne en compte quelques-uns; mais cependant on préfère la méthode française. Trois procédés peuvent servir de point de départ au chirurgien qui doit la pratiquer :

a. M. Roux de St-Maximin fait une plaie elliptique par deux incisions en demi-lune ; il affronte ensuite les bords courbes de la solution de continuité.

b. M. Gensoul, s'inquiétant peu de la forme de la plaie, se contente d'en aviver les bords, et pour rendre le rapprochement plus facile, il dissèque les parties voisines dans une plus ou moins grande étendue. Dans le cas pour lequel il a mis ce procédé en pratique, il fut obligé d'avoir recours à la gouge et au maillet pour enlever une partie de la mâchoire et les dents qui y étaient implantées, afin de mieux assurer le succès de l'opération.

c. M. le professeur Roux a imaginé un autre procédé : il l'a employé une fois, mais sans succès, et, dans ce cas, celui de M. Gensoul lui réussit entièrement. Le procédé de M. Roux consiste à séparer la muqueuse d'avec la peau par une dissection attentive, en ayant soin de s'éloigner également de l'une et de l'autre, et à renverser en dehors le lambeau postérieur resté adhérent du côté de la solution de continuité.

J'ai vu M. Blandin pratiquer la génèioplastie, d'après la méthode indienne, sur un enfant qui avait eu la presque totalité de la joue gauche emportée par une explosion d'arme à feu. Je ne rapporterai pas l'observation, parce que ce chirurgien ayant dû pratiquer l'opération en plusieurs temps, ne l'avait pas encore terminée à l'époque où j'ai quitté Paris. Je n'en parlerai que pour rassurer ceux qui, partageant l'opinion de M. Velpeau, hésiteraient pour emprunter le lambeau à une partie pileuse. M. Blandin, dans le cas dont il s'agit, dut l'emprunter à la peau du crâne qu'il fit préalablement raser; le lambeau s'agglutina très-bien. Une chose qui me frappa, c'est que les poils repoussèrent très-lentement, en plus petit nombre, et

présentèrent moins de résistance. D'après ce que j'ai vu et ce qu'a dit M. Blandin, je crois pouvoir avancer qu'ils ont dû disparaître.

6° Parmi les nombreuses restaurations du voile du palais que M. Roux a eues à pratiquer, il s'est présenté des cas pour lesquels la staphyloraphie était insuffisante, tant la perte de substance était grande. Ce professeur a dû alors avoir recours à l'autoplastie; par une incision transversale profonde de quatre à cinq lignes, il a séparé chacune des lèvres du voile d'avec le bord postérieur de l'os palatin; il a ensuite avivé les bords qu'il devait affronter, et les a réunis par la suture. C'est cette opération que l'on appelle staphyloplastie.

d. M. Dieffenbach procède d'une autre manière : il fait une incision longitudinale à quatre lignes en dehors et de chaque côté de la fente anormale; il se comporte pour le reste de l'opération comme M. Roux.

7° Il peut se faire que, par un arrêt de développement, les os palatins ne se soient pas réunis; il peut encore arriver que des maladies constitutionnelles, la syphilis entre autres, y déterminent des solutions de continuité que l'art est appelé à restaurer : c'est à l'opération que l'on pratique lorsqu'on est obligé d'emprunter un lambeau, que l'on a donné le nom d'uranoplastie. M. Krimer l'a pratiquée une fois avec succès : son procédé consiste à faire aux parties molles, dans toute l'étendue et de chaque côté de la division, une incision longitudinale qui doit être d'autant plus éloignée du bord de l'os qui aurait dû s'articuler avec l'os du côté opposé, que la division est large : ces deux incisions doivent se réunir en avant. Les deux lambeaux, ainsi circonscrits, étant disséqués, renversés sur eux-mêmes et ramenés vers la ligne médiane, on les réunit par un nombre suffisant de points de suture.

8° La bronchoplastie est l'autoplastie des voies aériennes. On pourrait pratiquer cette opération d'après le procédé de M. Roux de St-Maximin pour la génioplastie. M. Velpeau en a indiqué un autre qui est plus sûr, et qui est en même temps applicable à toutes les

fistules : il consiste à former un lambeau plus long que large et dont le pédicule soit plus étroit que l'extrémité opposée, à le renverser de bas en haut, le rouler en bouchon sur sa face cutanée, et à l'introduire dans le trajet fistuleux, préalablement avivé, où on le maintient par deux points de suture entortillée.

9° L'oschéoplastie ou autoplastie des bourses a été pratiquée par Delpech et M. Clot, après l'ablation de tumeurs éléphantiaques du scrotum. Delpech, quand il pratiqua cette opération, ayant aussi à réparer la perte des téguments de la verge, tailla, à la base de la tumeur éléphantiaque, trois lambeaux, un supérieur et deux latéraux : après les avoir disséqués, il enleva toute la tumeur, mais respecta les testicules qui étaient sains. Du lambeau supérieur il recouvrit la verge, et il se servit des deux latéraux pour former un nouveau scrotum.

10° Dans l'uréthroplastie, le chirurgien se propose d'oblitérer une fistule du canal de l'urèthre. Le procédé dont M. Velpeau a fait usage pour oblitérer une fistule des voies aériennes est celui qui convient le mieux au genre d'opérations qui nous occupe. Je l'ai vû pratiquer, sans succès il est vrai et par un autre procédé, sur un homme qui, par la présence long-temps prolongée d'une sonde dans le canal de l'urèthre, avait vu se développer dans le tissu cellulaire environnant un abcès qui s'était ouvert sur un point de ce canal. Comme le peu d'urine qui passait entre la sonde et les parois de l'urèthre s'infiltrait dans les parties voisines, on fut obligé, pour éviter tout accident, d'inciser les téguments : cette ouverture resta fistuleuse. Le chirurgien voulut l'oblitérer en employant l'autoplastie : il tailla de chaque côté de la fistule un lambeau d'un demi-pouce carré, les attira l'un vers l'autre et les réunit par trois points de suture. Ces lambeaux tombèrent en gangrène, et l'opérateur l'attribua à la présence de la sonde, parce qu'elle portait sur les points de suture ; il pensa que, s'il n'eût taillé qu'un seul lambeau auquel il aurait donné la dimension des deux, la sonde, s'appuyant alors

sur son milieu, n'aurait peut être pas déterminé assez d'inflammation pour en amener la gangrène. Il se proposait de procéder d'une autre manière, quand le malade succomba par les progrès d'une cystite.

11° La cystoplastie est l'autoplastie vésicale. M. Jobert l'a pratiquée en empruntant un lambeau à la face interne de l'une des grandes lèvres; il en forma une espèce de bouchon, mais au lieu de le rouler sur lui-même, comme le fait M. Velpeau, il le replia de manière à ce que la membrane muqueuse fût en rapport avec elle-même, fit sur son double bord quelques points de suture en spirale, l'introduisit ensuite dans la fistule, et le fixa dans ce point à l'aide de deux fils, dont l'un n'était qu'un des chefs de celui qui avait servi à faire les points de suture : il passait dans l'urèthre; l'autre, dont on avait traversé la lèvre postérieure, afin, par une légère traction, de la mettre en rapport immédiat avec le lambeau, sortait par le vagin.

Ce chirurgien a, il y a quelques mois, pratiqué une cystoplastie en suivant son même procédé, mais cette fois il a emprunté le lambeau aux téguments externes. La fistule datait de dix-huit mois; elle était située derrière le col de la vessie, était arrondie, et offrait un pouce de diamètre; l'urine s'écoulait continuellement par le vagin; aussi la membrane muqueuse de ce conduit, de la vulve, et la partie supérieure des cuisses étaient le siége d'une inflammation et d'excoriations qui causaient à la malade des douleurs insupportables. M. Jobert résolut d'appliquer l'autoplastie : il emprunta un lambeau aux téguments de l'une des lèvres de la vulve et de la partie supérieure du périnée; il traversa le milieu de ce lambeau avec une aiguille armée d'un fil, ramena les deux chefs de ce fil, du vagin et de la fistule dont les bords avaient été préalablement avivés, vers l'urèthre au moyen d'une sonde de Belloc, et les fit sortir par le méat urinaire; il retourna en haut la face saignante du lambeau; après l'avoir fait basculer sur le pédicule qui l'unissait encore à la lèvre de la vulve, il le hissa dans l'intérieur de l'ouverture fistuleuse, et

le maintint en place avec le fil qui avait servi à l'attirer, et en le soutenant avec de la charpie du côté du vagin. Une sonde à demeure fut introduite dans la vessie pour empêcher l'urine de s'accumuler dans ce réservoir. Cette opération semblait devoir être suivie de succès, le lambeau était déjà en partie agglutiné avec les bords de la fistule, quand M. Jobert, pour céder aux instances de la malade, coupa le pédicule quatorze jours après l'opération : mais comme les vaisseaux de la cicatrice n'étaient pas encore assez développés pour suffire à la nutrition du lambeau qu'on avait emprunté, celui-ci tomba en gangrène. Cet échec ne rebuta pas la malade : elle sollicita une seconde opération, et M. Jobert y consentit d'autant plus volontiers, qu'il avait tout lieu d'espérer, à moins d'accidents qu'on ne saurait jamais prévoir pour si simple que soit l'opération, un succès d'autant plus certain, que, sans son empressement à couper le pédicule, la première opération aurait réussi. Il suivit le même procédé que dans la première tentative; seulement il tailla le lambeau un peu plus grand, et pour cela il incisa jusque dans la région de la fesse. Cette fois M. Jobert ne coupa le pédicule que trente-six jours après l'opération : à cette époque, l'adhésion du lambeau avec les bords de la fistule était complète et bien organisée; cependant il restait un point qui n'était pas tout-à-fait obstrué, et la malade, quoiqu'elle éprouvât le besoin d'uriner et qu'elle urinât comme dans l'état normal, perdait quelque peu d'urine par ce point. M. Jobert voulut mettre le comble à son opération en faisant disparaître ce qui restait de fistule : il employa, à cet effet, plusieurs fois le nitrate d'argent; voyant qu'il ne réussissait pas, il se décida à aviver les bords de cette petite fistule; et au moyen d'un point de suture qu'il appliqua, l'agglutination fut complète au bout de huit jours : la malade ne perdait plus alors une seule goutte d'urine par le vagin.

M. Velpeau, pour une fistule vésico-vaginale que l'on avait tenté de guérir par plusieurs autres moyens, a essayé un procédé bien

différent du précédent : il a taillé un lambeau en forme de pont sur la paroi postérieure du vagin, il l'a laissé adhérent par ses deux extrémités, et trois fils passés sous ce pont, puis à travers chacune des lèvres de la fistule, furent liés de manière à ce que le lambeau, devenu saillant dans la vessie, offrît sa concavité du côté du vagin et se trouvât comme à cheval sur la fistule. L'opération ne réussit pas, mais pratiquée comme elle paraît l'avoir été, cela n'est pas étonnant : on sait que la membrane muqueuse n'est pas de nature à contracter adhérence ; il était donc impossible que le lambeau se réunît avec les bords avivés de la fistule ; si on eût incisé la membrane muqueuse du lambeau dans les points par lesquels il adhérait encore au vagin, il y eût eu plus de chances pour le succès de l'opération.

J'ai été témoin d'une cystoplastie naturelle bien curieuse et dont un chirurgien hardi pourrait peut-être retirer quelque avantage.

Observation. — Une femme fut obligée de se faire appliquer un pessaire pour remédier à une descente de matrice. Pendant plusieurs années, elle ne se sentit du tout incommodée par la présence de ce corps étranger dans le vagin : un jour, elle ressentit dans ce conduit la sensation long-temps prolongée d'une piqûre, et elle se présenta à l'hôpital Beaujon, où on l'admit. Le lendemain, M. Laugier pratiqua le toucher, reconnut la présence du pessaire, en soupçonna la nature, mais il ne put en assigner la forme. Comme il le trouvait un peu rugueux, il le gratta avec l'ongle et amena des débris de gravier ; ce symptôme, joint à l'odeur d'urine qui s'exhalait des parties génitales de cette femme, fit croire à l'existence d'une fistule vésico-vaginale, et dès lors on conçut la possibilité de la formation d'un calcul qui déterminât les douleurs que la femme éprouvait. L'extraction du pessaire fut arrêtée; le chirurgien procéda à cette opération après quelque temps de séjour de cette femme à l'hôpital ; ce ne fut pas sans difficulté et sans faire éprouver de grandes souffrances à la malade qu'il en vint à bout. On vit alors que le pessaire était en bilboquet,

et que ce qui déterminait les douleurs était une des branches qui était coupée en bec de flûte. Il était presque dirigé d'avant en arrière, et par sa cupule il oblitérait une portion de fistule qui admettait très-facilement l'extrémité du doigt indicateur. Cette femme mourut quelque temps après l'opération. A l'autopsie, on trouva une grande désorganisation du côté des parties génitales internes, et une fistule vésicale en partie oblitérée, comme je l'ai dit, par le pessaire, et en partie par la paroi antérieure de l'utérus.

12° L'entéroplastie est une opération qui n'a pas encore été pratiquée sur l'homme, et qui consiste à oblitérer une plaie faite au canal intestinal par l'interposition de l'épiploon entre les lèvres de cette plaie.

13° Enfin, la dernière espèce d'autoplastie que l'on connaisse est celle par laquelle M. Gerdy se propose de guérir radicalement les hernies. Elle consiste à déprimer la peau en cul-de-sac, le plus profondément possible, à travers l'ouverture herniaire, et à la maintenir, à l'aide de fils, dans cette position jusqu'à ce qu'elle ait contracté des adhérences avec les parties voisines.



I.

SCIENCES ACCESSOIRES.

COMMENT DISTINGUER LES TACHES DE SPERME DES TACHES PRODUITES PAR LA MATIÈRE DES ÉCOULEMENTS BLENNORRHAGIQUES, LEUCORRHÉIQUES, etc.

Le médecin légiste qui est appelé à porter un jugement sur la nature de taches qui ont plus ou moins de ressemblance avec des taches de sperme, peut arriver à la connaissance de leur vraie nature par deux examens, l'un physique, l'autre chimique.

Les taches de sperme sont en général grisâtres ou jaunâtres, moins colorées au centre qu'à la circonférence, rudes au toucher, empesées, inodores quand elles sont sèches, et deviennent d'un jaune fauve par l'action du feu.

Macérées pendant quelques heures dans de l'eau distillée, ces taches cèdent au liquide une partie du sperme, mais il en reste assez pour qu'en se desséchant le linge reprenne sa raideur. Le liquide, d'un blanc laiteux, est troublé par des flocons et des fibrilles détachées du linge; il filtre lentement et est légèrement alcalin. Par l'évaporation, il répand une odeur de sperme, et présente pendant l'opération l'aspect d'une dissolution gommeuse. Il ne coagule pas quoiqu'il dépose des flocons glutineux. Évaporé à siccité, il laisse un résidu demi-transparent, luisant et semblable à du mucilage desséché. Ce résidu, agité pendant quelques minutes dans de l'eau distillée, se sépare en deux parties, l'une glutineuse, insoluble dans l'eau et soluble dans la potasse. En traitant la dissolution aqueuse filtrée, qui est incolore,

par le chlore, l'alcool, le sublimé, l'acétate et le sous-acétate de plomb, on obtient un précipité blanc et floconneux ; par l'infusion de noix de galles, on y fait naître un précipité blanc grisâtre. L'acide nitrique lui communique une teinte jaune, mais ne la trouble pas.

Les taches des écoulements blennorrhagiques sont verdâtres ou jaunâtres et ne jaunissent pas par le feu. La liqueur de la macération, plus alcaline que celle qui contient du sperme, donne par l'évaporation un coagulum albumineux, mais n'offre pendant l'opération ni l'odeur du sperme, ni l'aspect gommeux dont j'ai parlé plus haut. Évaporé à siccité, le liquide laisse un résidu opaque, grumeleux, d'un blanc jaunâtre à peine soluble dans l'eau. La partie insoluble est floconneuse, non glutineuse, et se dissout dans la potasse. La dissolution de la partie soluble, traitée par les mêmes réactifs que le sperme, donne le même précipité, mais, de plus, elle précipite en blanc par l'acide nitrique.

Les taches des écoulements leucorrhéiques sont plus pâles que celles des écoulements blennorrhagiques. Elles offrent à l'analyse les mêmes caractères, seulement les précipités sont moins abondants.

Las taches produites par l'écoulement de fistules provenant du canal de l'urèthre sont d'un jaune verdâtre; le linge est empesé, rude au toucher et inodore; il ne jaunit pas par l'action du feu. Par la macération dans l'eau distillée, il se désempèse et répand une odeur bien différente de celle du sperme. Le liquide évaporé n'a pas l'aspect visqueux des dissolutions gommeuses, ni ne donne de coagulum. Le résidu de l'évaporation est en partie soluble dans l'eau, et la dissolution filtrée précipite en blanc par l'acide nitrique, le chlore, etc., et en jaune par la noix de galles.

En étudiant les taches produites par l'écoulement de l'urèthre dans une blennorrhée, cinq jours après la cautérisation, on a remarqué qu'elles avaient beaucoup d'analogie avec celles du sperme quant aux propriétés physiques; toutefois elles ne jaunissaient pas par l'action du feu. La macération les faisait entièrement disparaître, et le liquide,

évaporé jusqu'à siccité, a fourni un résidu assez semblable à du blanc d'œuf desséché, très-peu soluble dans l'eau froide ; aussi la dissolution filtrée ne donnait aucun précipité lorsqu'on la traitait par les réactifs dont nous avons déjà parlé.

Les taches de la matière des lochies blanchâtres sont, comme les précédentes, assez analogues à celles du sperme ; elles ne jaunissent pas lorsqu'on les approche du feu. Par la macération, elles disparaissent entièrement, et le liquide filtré et évaporé a l'aspect d'une dissolution gommeuse, ne se coagule ni ne donne de flocons. A mesure que le liquide se concentre, il jaunit et devient de plus en plus semblable à de la colle à bouche fondue. Le résidu est en partie soluble dans l'eau et précipite par l'acide nitrique, la noix de galles, etc. ; l'autre partie est soluble dans la potasse.

Les taches du mucus des narines sont d'un jaune foncé. Macérées dans l'eau froide, le linge se nettoie et le liquide est devenu floconneux ; filtré et réduit à moitié, il présente une propriété alcaline pendant l'opération, et ne donne pas de traces de coagulum. Le résidu est une matière blanchâtre et granuleuse ; agité avec de l'eau, il se dissout à peine, et la dissolution filtrée traitée par le chlore, l'acide nitrique et l'alcool, précipite abondamment ; l'infusion aqueuse de noix de galles ne la trouble pas.

Les taches de salive ont quelquefois beaucoup d'analogie avec les taches spermatiques. Elles sont jaunâtres, rudes au toucher et empesées ; elles jaunissent par l'action du feu. Laissées dans l'eau pendant quelque temps, elles se désempèsent, et le liquide répand une odeur de sperme; il est alcalin et floconneux. Filtré et évaporé, il ne se coagule pas, fournit un résidu jaune qui, agité avec de l'eau distillée, se dissout en partie, et l'autre partie surnage sous la forme de pellicules. La dissolution traitée par le chlore, l'acide nitrique ou l'alcool, devient opaline, et l'acétate de plomb y fait naître un précipité, tandis que la noix de galles ne la trouble pas.

D'autres fois les taches de salive présentent des caractères bien

différents de ceux du sperme. Elles ne jaunissent pas lorsqu'on les approche du feu. Traitées par l'eau distillée, elles disparaissent, mais le liquide n'a rien de l'odeur spermatique ; il est floconneux et alcalin. Évaporé à siccité, il ne se coagule pas, et fournit un résidu jaunâtre, demi-transparent ; en agitant ce résidu avec de l'eau distillée, on voit surnager des pellicules, et le liquide filtré n'est pas même troublé par le chlore, l'acide nitrique, l'alcool, ni la noix de galles.

II.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

DE L'APPAREIL DE L'EXHALATION ; LES VAISSEAUX EXHALANTS DE BICHAT EXISTENT-ILS RÉELLEMENT ?

Partout où des surfaces grandes ou petites sont en contact, il se fait une exhalation ; aussi ce phénomène se manifeste-t-il dans presque toutes les parties de l'économie, et selon qu'il a lieu au dedans du corps ou à la peau et aux membranes muqueuses, on distingue les exhalations en internes et en externes. Parmi les premières, on compte celles des membranes séreuses, des synoviales, du tissu cellulaire, de l'intérieur des vaisseaux, des cellules graisseuses, de l'intérieur de l'œil, de l'oreille, du thymus, de la thyroïde, des capsules surrénales ; aux secondes appartiennent celles de la muqueuse et de la peau.

Les physiologistes ont expliqué l'exhalation de diverses manières ; quelques-uns ont voulu qu'elle se fît par des bouches exhalantes, d'autres par des pores latéraux. Bichat a dit qu'elle se faisait au moyen de vaisseaux qu'il a appelés exhalants, mais que l'on ne peut pas apercevoir, et dont on peut par conséquent révoquer en doute l'existence. M. Magendie l'explique par la disposition physique des petits vaisseaux. Les expériences auxquelles il s'est livré à ce sujet paraissent assez concluantes.

III.

SCIENCES CHIRURGICALES.

DANS QUELS POINTS DU CORPS A-T-ON OBSERVÉ LES NÉVROMES ? QUELLES SONT LES CAUSES, LES SYMPTÔMES ET LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE ?

On a donné le nom de névromes à des tumeurs de nature cancéreuse développées dans le trajet d'un nerf ou d'un filet nerveux. Elles peuvent se former dans toutes les parties de notre corps : les points dans lesquels on les a le plus souvent observées sont les extrémités. Ces tumeurs, dont le volume varie depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une fève, peuvent se développer dans le tissu cellulaire auquel elles ne paraissent adhérer que par des filaments nerveux, ou bien encore elles peuvent se développer dans l'épaisseur d'un nerf et en écarter les filets. Cette affection est beaucoup plus commune chez les femmes que chez les hommes.

Les causes de cette production morbide ne sont pas mieux connues que celles du cancer.

Les symptômes par lesquels cette maladie se manifeste sont la présence, le plus souvent appréciable seulement au toucher, d'un corps dur, l'existence dans ce tubercule d'une douleur lancinante, revenant par accès, qui est tantôt spontanée, tantôt accidentelle, et qui s'étend dans toutes les parties où les filaments du nerf malade se distribuent ; le toucher l'augmente, de même que les vicissitudes atmosphériques.

Le seul moyen de guérir cette affection est d'extirper la tumeur.

IV.

SCIENCES MÉDICALES.

DES MALADIES DES CLIMATS CHAUDS ; QUELLES SONT LES RÈGLES D'HYGIÈNE QUI LEUR CONVIENNENT ?

Les maladies des pays chauds changent pour ainsi dire avec les saisons. Pendant l'hiver, qui n'a de commun avec l'hiver de nos climats que le nom, puisque la température, pendant le jour, est de 15 à 20 degrés au-dessus de zéro, la fraîcheur des nuits donne lieu à des affections de poitrine. C'est pendant cette saison qu'on observe la dysenterie, le tétanos et les fièvres intermittentes éphémères. Au printemps, on n'observe que quelques fièvres miasmatiques. Au commencement de l'été apparaissent les phlegmasies cérébrales, les hémorrhagies, les hépatites, les inflammations du canal intestinal, le choléra, et surtout la fièvre jaune. Les reptiles marécageux sont si nombreux, les pluies si abondantes, et les chaleurs si fortes à la fin de cette saison, que, par l'évaporation des eaux, les débris des reptiles, mêlés à ceux des plantes, remplissent l'air de miasmes délétères, et occasionnent les maladies de l'automne, telles que fièvres intermittentes et rémittentes, fièvres pernicieuses, le scorbut, les phlegmasies de la peau, les hydropisies, et une maladie que l'on dit être contagieuse et qui est caractérisée par la présence de vers qui se développent dans la peau.

Les maladies qui règnent dans les pays chauds dépendent en

grande partie des degrés de chaleur et d'humidité, mais surtout de la nature du sol et des vents. Comme, dans tout climat, à côté d'un pays malsain, qui souvent ne l'est que pendant une saison, il s'en trouve un autre qui est plus salubre, on peut, en changeant de localité, se mettre à l'abri des maladies. Il faut, autant que possible, se soustraire aux vicissitudes atmosphériques, s'éloigner des bois et des marais, et faire usage d'une nourriture qui ne soit pas excitante, mais qui répare convenablement les pertes considérables que l'on fait par la transpiration.

FIN.

DU

CANCER AU SEIN.

N° 137.

9.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 24 NOVEMBRE 1838;

PAR

J.-J. FAUGIÈRE, *de Peslières* (PUY-DE-DÔME);

Ex-Chirurgien externe de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand, membre titulaire de la Société médico-chirurgicale de Montpellier, etc., etc.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE.



MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE.

1838.